

Krankenkasse bzw. Kostenträger			
Gebühr frei	GKV Musterkasse		
Geb.-pfl.	Name, Vorname des Versicherten		
noctu	Frau Maria Mustermann Musterstraße 1 12345 Musterstadt	geb. am	01.01.1990
Sonstige			
Unfall	Kostenträgerkennung 1234567	Versicherten-Nr. M123456789	Status 1000 1
Arbeits-unfall	Betriebsstätten-Nr. 12345678	Arzt-Nr. 12345678	Datum 01.01.2020

Hilfs- mittel	Impf- stoff	Spr.-St. Bedarf	Begr.- Pflicht	Apotheken-Nummer / IK	
BVG	6	7	8	9	
Zuzahlung			Gesamt-Brutto		
Arzneimittel-/Hilfsmittel-Nr.			Faktor	Taxe	
1. Verordnung					
2. Verordnung					
3. Verordnung					

**Rp.** (Bitte Leerräume durchstreichen)

Vertragsarztstempel

aut idem

**Digitale Gesundheitsanwendung**

aut idem

**PZN 17937797**

aut idem

**HelloBetter Diabetes und Depression**

Dr.med. Musterfrau  
 Fachärztin für Allgemeinmedizin  
 Musterstraße 1  
 54321 Musterstadt

666d

--	--	--	--	--	--

Abgabedatum  
in der Apotheke

Unterschrift des Arztes  
Muster 16 (10.2014)

**Bei Arbeitsunfall  
auszufüllen!**

Unfalltag	Unfallbetrieb oder Arbeitgebernnummer